ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-24 Date de publication : 30 décembre 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
DÉCLARATION CONCERTÉE CONCERNANT LA PÉRIODE DE LATENCE SÉROLOGIQUE DU VIH	F-1	213 – 215
MARQUEURS-SUBSTITUTS DE L'INFECTION À VIH	F-2	215 – 216
LIGNES DIRECTRICES PROVISOIRES POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS GONOCOCCIQUES ET DES CHLAMYDIOSES	F-3	216 – 220

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

DÉCLARATION CONCERTÉE CONCERNANT LA PÉRIODE DE LATENCE SÉROLOGIQUE DU VIH

Préambule

Le 16 novembre 1994, les participants à la réunion de concertation conjointe nationale de l'épidémiologie du VIH et des laboratoires (40 à 50 participants) se sont penchés sur les données scientifiques actuelles afin de définir la période allant du moment de l'exposition au VIH et de l'infection, à la production d'anticorps décelables par le sujet infecté (période dite de «latence sérologique»). Le lecteur trouvera ci-dessous la déclaration concertée sur laquelle les participants se sont entendus après avoir étudié attentivement l'information à leur disposition et tenu des discussions approfondies.

Les études portant sur l'histoire naturelle de l'infection à VIH ont permis de définir une période qui suit l'exposition et l'infection, et précède l'apparition d'une réponse immunitaire décelable chez le sujet infecté. Pendant cette période, les tests courants de détection des anticorps sont impuissants à déceler la présence de l'infection, en dépit des améliorations récentes sur le plan de la sensibilité.

Les études ayant pour objet d'évaluer la durée de la période de latence sérologique présentent plusieurs lacunes :

- Souvent, on dispose de peu de données concernant le moment précis de l'exposition (sauf dans certaines circonstances particulières, comme une exposition professionnelle, par piqûre d'aiguille, à du sang ou des liquides organiques infectés), la survenue de l'infection ou la période d'infectiosité.
- Un nombre restreint d'études scientifiques réalisées dans le passé ont eu recours à des tests de détection des anticorps anti-VIH de première, deuxième et troisième générations pour déterminer la durée de la période de latence sérologique. La sensibilité accrue des tests de troisième génération a réduit la durée de la période de latence sérologique[1].
- Il n'y a probablement pas plus de 300 patients, dans le monde entier, qui ont fait l'objet d'études rétrospectives liées à la transfusion sanguine, d'études prospectives de séroconversion ou d'études de cas.
- On ne connaît pas encore très bien la nature de la distribution des périodes de latence sérologique, vu la grande variabilité de la réponse immunitaire chez les sujets infectés.
- Il n'y a pas de données fiables permettant de déterminer s'il existe ou non une «queue» importante regroupant les personnes dont la période de latence est très longue et dépasse largement la période moyenne prévue avant la séroconversion. À ce jour, les études faisant état de périodes d'incubation extrêmement longues ont été réfutées et retirées par les auteurs[2,3]. Il demeure possible, toutefois, que chez quelques personnes la période précédant la séroconversion excède nettement le temps moyen prévu. En outre, étant donné le nombre restreint de personnes étudiées, certains doutes persistent quant à la moyenne de la distribution.
- On trouve dans la littérature scientifique des rapports isolés et des études de cas faisant état de périodes de latence sérologique dont la durée excède 3 mois. Toutefois, on manque généralement de données concernant l'inoculum viral, le type de virus, la nature et le moment de l'exposition, la voie de transmission, etc.; aussi peut-on difficilement interpréter avec précision ces études.

Des technologies nouvelles, en cours de développement, permettraient de détecter directement la présence du VIH, sans qu'il soit nécessaire de rechercher les anticorps. La période de latence sérologique pourrait ainsi être réduite de quelques semaines à quelques jours peut-être. Mais ces méthodes ne sont pas encore largement accessibles et, tant que ce ne sera pas le cas, la recherche des anticorps demeurera la principale approche diagnostique de l'infection à VIH.

Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02693/

L'Association médicale canadienne a ainsi défini la période de latence sérologique du VIH :

«Il est rare que le test ELISA ne parvienne à déceler les anticorps sériques anti-VIH, lorsqu'ils sont présents. Si le test ELISA est négatif, cela signifie qu'on n'a pas décelé d'anticorps anti-VIH et donc, que le patient n'est pas infecté ou qu'il se situe dans la «période de transition» entre l'infection à VIH et le début de la production d'anticorps. Cette période transitoire peut durer jusqu'à 6 mois, mais dans une proportion de 95 %, les adultes deviennent séropositifs (développement des anticorps anti-VIH) dans les 3 mois.»[4]

Après avoir examiné les données disponibles et analysé les questions qui demeurent en suspens dans la littérature scientifique, les participants se sont entendus sur les énoncés suivants :

1. Même si des doutes persistent concernant la nature de la distribution de la période de latence sérologique, en raison de la rareté des données scientifiques disponibles, il est clair que la majorité des sujets infectés par le VIH produiront des anticorps décelables de 2 à 8 semaines après l'infection. Il est très probable que 97 % ou plus d'entre eux produiront des anticorps dans les 3 premiers mois suivant l'infection.

2. Si l'on veut définir avec plus de précision la période de latence sérologique, il faut mettre en oeuvre une stratégie nationale afin d'examiner rétrospectivement les bases de données actuelles sur le VIH, d'étudier les personnes chez qui il y a eu séroconversion et de mettre sur pied des études prospectives conjointes.

3. Étant donné qu'il est possible qu'une séroconversion survienne plus de 3 mois après l'exposition ou l'infection par le VIH, il est recommandé de procéder comme suit :
   - Tous les tissus et organes (y compris le sperme) qui ont été prélevés chez des donneurs d'organes séronégatifs pour le VIH et qui peuvent être conservés pendant des périodes prolongées devraient être entreposés pendant au moins 6 mois, et le donneur devrait faire l'objet d'un nouveau test juste avant la transplantation des tissus. Sauf dans les situations potentiellement mortelles, les donneurs d'organes potentiels négatifs pour le VIH devraient faire l'objet d'un nouveau test 6 mois après leur don, avant que l'organe ne soit transplanté.
   - Les personnes qui demandent à subir le test de détection des anticorps anti-VIH à la suite d'une exposition soupçonnée récente (par opposition à une exposition permanente ou prolongée, comme c'est le cas chez un utilisateur de drogues injectables ou une personne ayant un comportement à risque élevé persistant), devraient faire l'objet d'un nouveau test 3 mois après leur premier test négatif. À 3 mois, on devrait les informer qu'il est peu probable (mais non impossible) qu'elles soient infectées par le VIH. Toutes les personnes qui obtiennent un résultat négatif à 3 mois devraient subir un nouveau test à 6 mois, pour avoir la certitude qu'elles sont vraiment séronégatives.
4. Tous les donneurs de sang, de tissus et d'organes devraient continuer d'éviter de faire des dons si, pour une raison ou pour une autre, ils croient courir un risque accru d'infection à VIH.

Références

1. Busch MP, Lee LLL, Satter GA et coll. *Time course of detection of viral and serologic markers preceding human immunodeficiency virus type 1 seroconversion implications for screening of blood and tissue donors*. Transfusion 1955;35:91-7.
2. Rankii A, Valle S-L, Krohn M et coll. *Long latency precedes overt seroconversion in sexually transmitted human-immunodeficiency-virus infection*. Lancet 1987;2:589-93.
3. Imagawa DT, Lee MH, Wolinsky SM et coll. *Human immunodeficiency virus type 1 infection in homosexual men who remain seronegative for prolonged periods*. N Engl J Med 1989;320:1458-62.
4. Association médicale canadienne. *Sérodiagnostic du virus de l'immuno- déficience humaine*. Ottawa : Association médicale canadienne, 1993:2.

MARQUEURS-SUBSTITUTS DE L'INFECTION À VIH

La communication suivante est fondée sur la déclaration concertée du Scientific Advisory Committee on Surrogate Markers of HIV, élaborée au cours du Symposium sur les marqueurs-substituts de l'infection à VIH (Surrogate Markers of HIV) de la U.S. Food and Drug Administration, qui a eu lieu les 13 et 14 octobre 1994, à Washington, D.C. Le Comité était composé d'un groupe de spécialistes en recherche clinique et de représentants de la communauté, de l'industrie et de la Food and Drug Administration.

Étant donné que l'infection par le VIH marque le début du processus morbide lié à ce virus, la pertinence et l'application de marqueurs de la progression de la maladie revêt une importance critique pour la prise en charge clinique du patient. En outre, les essais cliniques de nouveaux traitements sont souvent tributaires de paramètres substituts qui sont fondés sur des marqueurs de la progression de la maladie.

Dans le cadre d'études transversales, tous les marqueurs-substituts suivants ont été corrélés à la progression de la maladie.

- **Marqueurs immunologiques** — Nombre de CD4; pourcentage des CD4; bêta-2 microbuline; et néoptérine.
- **Marqueurs virologiques** — antigène p24; complexe immun dissocié p24 (ICDp24); titre de la culture virale; PCR de l'ADN; PCR de l'ARN; mesure génotypique ou phénotypique de la pharmacorésistance; et détermination du phénotype biologique (n'induisant pas ou induisant la formation de syncytia - NSI/SI).
- **Fonction lymphocytaire** — réponses prolifératives (spécifiques et non spécifiques); et élaboration de cytokines.

Tout changement dans les marqueurs énumérés ci-dessus indique un effet d'un médicament in vivo. L'absence d'effet sur la charge provirale (mesurée au moyen de la PCR de l'ADN) ou sur les marqueurs géno- typiques ou phénotypiques de la

pharmacorésistance, ou encore sur le phénotype biologique, ne témoigne toutefois pas nécessairement d'une absence d'effet du médicament antiviral.

Le Comité était d'avis que le dosage de la virémie (réalisé au moyen de la PCR de l'ADN ou de la technique de l'hybridation de l'ADN ramifié, bDNA) représentait le marqueur-substitut le plus prometteur tant du point de vue des recherches futures que des premières applications cliniques. Parmi les autres mesures prometteuses, il faut mentionner le recours continu au nombre et au pourcentage des CD4, les nouvelles épreuves immunologiques fonctionnelles, les titres du virus circulant (unités infectieuses/10^6 cellules mononucléées), la charge provirale (PCR quantitative de l'ADN), la quantification de l'ARN-messager dans les cellules, les mesures génotypiques et phénotypiques de la pharmacorésistance et les charges virales au niveau des ganglions lymphatiques.

S'il est vrai que la détermination de la charge virale est un marqueur pronostique utile de la progression de l'infection à VIH dans un contexte de recherche, il reste qu'on ne sait pas encore si les mesures de la charge virale peuvent être utilisées pour guider la prise en charge individuelle. Pour valider cette application, il faudra établir des corrélations avec des centaines (voire des milliers) de cas cliniques. Les chercheurs ont besoin de cette information pour établir la signification pronostique indépendante de tout marqueur de laboratoire donné, notamment la quantification de la charge virale dans le sang et dans d'autres tissus.

Le même Comité s'est réuni de nouveau à McLean, en Virginie, du 16 au 18 octobre 1995. Après avoir passé en revue les données obtenues au cours de la dernière année, il ont conclu que, même si des progrès non négligeables avaient été réalisés, il fallait faire d'autres travaux afin de bien valider l'utilité de la virémie plasmatique en tant que marqueur-substitut pour la prise en charge du patient individuel.

LIGNES DIRECTRICES PROVISOIRES POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS GONOCOCCIQUES ET DES CHLAMYDIOSES

La mise à jour de 1995 des Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et les traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes devrait être publiée au début de 1996. Entre temps, la Division de la lutte contre les MTS, Bureau du VIH/SIDA et des MTS, Laboratoire de lutte contre la maladie, en consultation avec le Groupe d'experts* chargé de la mise à jour de 1995, a décidé de publier la mise à jour des lignes directrices provisoires pour le traitement des infections gonococciques et des chlamydioses.

Les lignes directrices pour le traitement des infections gonococciques ont été révisées pour tenir compte de l'augmentation de la prévalence de la résistance aux antimicrobiens. Toutes les infections gonococciques font l'objet d'un traitement de présomption comme si elles étaient résistantes. La pénicilline, l'ampicilline, l'amoxicilline et les tétracyclines ne sont plus recommandées pour le traitement de la gonorrhée. Les antibiotiques actuellement recommandés pour le traitement de première intention, soit les céphalosporines de troisième génération (ceftriaxone et céfixime) et les fluoroquinolones (ciprofloxacine et ofloxacine) sont efficaces contre les souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la pénicilline et à la tétracycline. Les doses de ceftriaxone et de céfixime ont été réduites de 50 % par rapport à celles figurant dans les lignes directrices de 1992.

Tous les patients traités pour une infection gonococcique devraient également recevoir un antimicrobien efficace contre chlamydia, comme la doxycyxline ou l'azithromycine, à moins que les résultats aux tests de détection de chlamydia soient négatifs. Le traitement monoprise à l'azithromycine a été ajouté comme traitement de première intention des chlamydioses chez les adultes et les adolescents.

Les changements ont été approuvés par le Sous-comité des maladies transmises sexuellement de la Société canadienne des maladies infectieuses et le Comité des maladies infectieuses et de l'immunisation de la Société canadienne de pédiatrie.

---

* Dr William R. Bowie, University of British Columbia, Vancouver (responsable de la publication); Dr Noni E. MacDonald, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, Ottawa (responsable de la publication); Dr David Megran, University of Calgary, Calgary; Dr David Patrick, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver; Rosanna W Peeling, PhD, Laboratory Centre for Disease Control, Winnipeg; Dr Barbara Romanowski, Alberta Health, Edmonton; directeurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre les MTS; et relecteurs de l'extérieur, dont bon nombre sont membres de la Société canadienne des maladies infectieuses (SCMI), de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

Tableau 1
Traitement des infections gonococciques chez les adolescents et les adultes (sauf les femmes enceintes et les mères qui allaitent)[a]

NOTE: *Tous les patients traités pour une gonorrhée doivent également être traités pour une chlamydiose.*

Infection uréthrale, endocervicale, rectale, pharyngée

*Tous les schémas seront complétés par l'administration de doxycycline/tétracycline/ azithromycin**

Traitement de choix (IM):

- **ceftriaxone 125 mg IM** en dose unique

Traitement de choix (oral) (par ordre alphabétique):
- **cefixime 400 mg per os** en dose unique dose
OU
- **ciprofloxacine 500 per os** en dose unique
OU
- **ofloxacin 400 mg per os** en dose unique

Autre traitement (IM) : sauf pour les infections pharyngées
- **spectinomycine 2 g IM** en dose unique
PLUS
- **doxycycline/tétracycline/azithromycine**

Conjunctivite gonococcique (adolescents et adultes)
Infection disséminée : arthrite, méningite

Consultation d'un spécialiste est essentielle. Hospitalisation nécessaire pour la méningite et éventuellement nécessaire pour d'autres infections disséminées.

Traitement initial de choix :
- **ceftriaxone, 2 g/jour IM ou IV**
PLUS doxycycline/tétracycline/azithromycine en attendant la consultation

N.B.: Tous les patients devraient également recevoir un traitement pour une infection chlamydienne et non gonococcique c'est-à-dire prendre 100 mg de doxycycline per os 2 fois par jour pendant 7 jours ou 500 mg de tétracycline per os 4 fois par jour pendant 7 jours.

* On peut aussi administrer 1 g d'azithromycine per os en dose unique, pour le traitement empirique d'une chlamydiose. Pour l'instant, on ne dispose que de données limitées à l'appui de l'utilisation de l'azithromycine pour le traitement de l'urétrite ou de la cervicite non gonococcique non chlamydienne; d'autres études sont en cours.

(a) On ne devrait pas administrer de ceftriaxone ni de céfixime aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

Tableau 2
Traitement des infections gonococciques chez les femmes enceintes et les mères qui allaitent

Infection urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée

Les schémas thérapeutiques recommandés pour les adolescents et les adultes devraient être suivis sous réserve des exceptions suivantes : l'ofloxacine et la ciprofloxacine sont contre-indiquées et il faudrait remplacer la doxycycline/tétracycline/azithromycine par **2 g d'erythromycine par jour** en doses fractionnées pendant au moins 7 jours OU, en cas d'intolérance, **1 g d'erythromycine par jour** en doses fractionnées pendant 14 jours (l'estolate d'erythromicine est contre-indiqué durant la grossesse). Si l'on sait que l'isolat est sensible à l'amoxicilline, on peut songer à administrer 3 g d'amoxicilline per os ou 3,5 g d'ampicilline per os avec 1 g de probénécide per os.

Tableau 3
Traitement des infections gonococciques chez les enfants < 9 ans[a,b]

Infection urétrale, vaginale, rectale, pharyngée

Traitement de choix :
- **cefixime 16 mg/kg per os** en dose unique (max 400 mg)(b)
PLUS erythromycine
OU
- **ceftriaxone 125 mg IM** en dose unique
PLUS erythromycine

Autre traitement : sauf dans les cas d'infection pharyngée
- **spectinomycin 40 mg/kg IM** (max 2 g) en dose unique
PLUS erythromycine

Conjonctivite gonococcique (adolescents et adultes) infection disséminée : arthrite, méningite

Hospitalization et consultation d'un spécialiste sont essentielles.
Traitement initial de choix :
- **ceftriaxone, 50-100 mg/kg jour IM ou IV**
PLUS erythromycine en attendant la consultation

N.B. : Il faut toujours inclure 40 mg/kg/jour d'erythromycine en doses fractionnées (max 500 mg x 4/jour) pendant 7 jours pour le traitement d'une chlamydiose.

NOTES

(a) On ne devrait pas administrer de ceftriaxone ni de céfixime aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

(b) Les traitements par voie orale sont conseillés dans le cas des enfants. Les recommandations relatives à l'utilisation de la céfixime s'appuient sur des données démontrant l'efficacité de ce médicament dans le traitement des infections causées par des organismes similaires à *Neisseria gonorrhoeae*. Comme l'expérience acquise dans l'administration de la céfixime aux enfants atteints d'une infection gonococcique est plutôt limitée, il faut vérifier la sensibilité aux antimicrobiens ET effectuer une culture de contrôler. Si l'on ne peut assurer de suivi, il convient d'administrer de la ceftriaxone, 125 mg IM, au lieu de la céfixime.

Tableau 4
Traitement des infections gonococciques chez les nouveau-nés

Conjunctivite du nouveau-né

Hospitalisation et mesures appropriées de lutte contre l'infection, qui prendront après 24 heures de traitement efficace
- culture des sécrétions oculaires, hémoculture (LCR seulement s'il y a des signes de maladie systémique)
- irrigation des yeux à l'aide d'un soluté physiologique stérile immédiatement et au moins toutes les heures, le temps qu'il faut pour éliminer l'écoulement
- mise en route du traitement à la ceftriaxone, 50 à 100 mg/kg/jour IV ou IM (un traitement en dose unique peut être suffisant si l'hémoculture est négative)
- consultation d'un spécialiste le plus tôt possible

Nouveau-nés dont la mère souffre de gonorrhée

Traitement recommandé (doit également inclure un traitement contre une infection chlamydienne pendant 14 jours) :
- **ceftriaxone 125 mg IM** en dose unique PLUS érythromycine conformément au schéma posologique suivant :
  - *Si l'enfant est âgé < 7 jours et pèse < 2 000 g* **érythromycine, 20 mg/kg jour per os** en doses fractionnées
  - Si l'enfant est âgé < 7 jours et pèse > 2 000 g **érythromycine, 30 mg/kg jour per os** en doses fractionnées
- *Si l'enfant est âgé > 7 jours* **érythromycine, 40 mg/kg jour per os** en doses fractionnées

Autres considérations
- Le diluant recommandé pour la ceftriaxone injectée par voie intramusculaire est la lidocaïne à 1 % sans épinephrine (0,9 mL/250 mg, 0,45 mL/125 mg) afin de réduire l'inconfort.
- Lorsque les tétracyclines sont contre-indiquées ou non tolérées chez les adultes, il faut utiliser de l'**érythromycine 2 g par jour per os** en doses fractionnées pendant 7 jours (**1 g par jour**) en doses fractionnées pendant 14 jours si une dose supérieure n'est pas tolérée). On peut utiliser d'autres préparations d'érythromycine en doses appropriées, mais il convient de noter que l'estolate d'érythromycine est contre-indiquée durant la grossesse.
- Les doses recommandées d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses similaires d'autres préparations.

Tableau 5
Traitement des chlamydiose
(infection urétrale, endocervicale, rectale)

ADOLESCENTS ET ADULTES
(sauf les femmes enceintes et les mères qui allaitent)

Traitement de choix :	*Autre traitement :*
- **doxycycline 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours **OU** - **azithromycine 1 g per os** en dose unique	Si la tétracycline est tolérée - **tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pour 7 jours OU dans les cas où les tétracyclines sont contre-indiquées ou ne sont pas tolérées **érythromycine, 2 g par jour per os** en doses fractionnées pendant 7 jours OU **en cas d'intolérance** **érythromycine, 1 g par jour per os** en doses fractionnées pendant 14 jours OU essayer une autre forme d'érythromycine OU - **sulfaméthoxazole, 1 g per ose** 2 fois par jour pendant 10 jours OU - **ofloxacine, 300 mg 2 fois par jour** pendant 7 jours

FEMMES ENCEINTES ET MÈRES QUI ALLAITENT

Traitement de choix :	*Autre traitement durant les 2 premiers trimestres :*
- **erythromycine, 2 g/jour per os** en doses fractionnées (l'estolate d'érythromycine est contre-indiqué) pour 7 jours OU si le schéma posologique n'est pas tolérè - **erythromycine, 1 g/jour per os** en doses fractionnées pendant 14 jours OU essayer une autre préparation d'érythromycine	- **sulfaméthoxazole, 1 g per os** 2 fois par jour pendant 10 jours *Autre traitement durant le dernier trimestre :* - **amoxicilline, 500 mg per os** 3 fois par jour pendant 7 days (on dispose de données limitées concernant l'efficacité de ce schéma thérapeutique)

Tableau 6
Traitement des chlamydioses chez les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants

NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS*	ENFANTS	
	< de 9 ans	≥ 9 ans
Durant la première semaine de vie : nourrissons < 2 000 g – **erythromycine, 20 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées nourrissons de > 2 000 g – **erythromycine, 30 mg/kg/jour per os** in doses fractionnées > 1 semaine à 1 mois – **érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées ***Les schémas ci-dessus devraient être administrés pendant au moins 14 jours.*** **N.B.**: Dans les cas de conjonctivite, le traitement topique seulement n'est PAS suffisant.	Plus de 1 mois – **erythromycine, 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours OU – **sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max 1 g x 2 fois par jour) pour 10 jours	*Traitement de choix* : – **doxycycline, 5 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max 100 mg 2 fois par jour) pendant 7 jours OU – **tétracycline, 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours *Autre traitement* : Dans les cas où les tétracyclines sont contre-indiquées ou ne sont pas tolérés – **érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max 500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours ou 250 mg 4 fois par jour pendant 14 jours) OU – **sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max 1 g 2 fois par jour) pendant 10 jours

NOTES
* Il faut soumettre les nouveau-nés et les nourrissons dont la mère est infectée à des tests et à un traitement.
– Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres préparations (sauf l'estolate, qui est contre-indiqué durant la grossesse).
– Si le patient a été traité à l'érythromycine, il est conseillé de répéter les tests à la fin du traitement.

Source : *Division de la lutte contre les MTS, Bureau du VIH/SIDA et des MTS, LLCM, Santé Canada, et membres du Groupe d'experts chargé de la mise à jour de 1995.*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifique : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditrice : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique Tél. No. : (613) 731-9331, poste 2028
Association médicale canadienne FAX : (613) 731-9102
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.